

INFO valable pour tous les COUPONS-RÉPONSE :

Ils sont à retourner à :

ASSOCIATION NATIONALE DE RETRAITÉS

Centre Associatif
Local B32
21, Rue Jean Richepin
63000 CLERMONT FERRAND

ANR 63 : CLUB de LECTURE

M, Mme Prénom
Adresse :
Téléphone : Adresse Mail :

Souhaite participer aux Groupe « LECTURE ».

ANR 63 : MARCHÉ

M, Mme Prénom
Adresse :
Téléphone : Adresse Mail :

Souhaite adhérer à la section « MARCHÉ ».

ANR 63 : INFORMATIQUE

-
M, Mme Prénom
Adresse :
Téléphone : Adresse Mail :

Souhaite participer aux sessions d'INFORMATIQUE.

ANR 63 : PHOTO / VIDEO

Mlle, Mme, M.....Prénom

Adresse :.....

N° de téléphone :.....Adresse Mail :

Je suis intéressé (e) par une initiation à (1) : LA PHOTO LA VIDEO PHOTO ET VIDEO

(1) *Biffer les mentions inutiles*

CONDITIONS : Outre être adhérent à l'ANR-63

Participer annuellement au renouvellement du matériel : **20 €** par personne.

Chèque libellé à l'ordre de : « ANR 63 » à ramener lors de votre première participation

Observations éventuelles :.....

.....

ANR 63 : SOPHROLOGIE: Session 2019 - 2020

M, Mme Prénom

Adresse :.....

Téléphone :..... Adresse Mail :

Souhaite s'inscrire à la session 2019 - 2020 de Sophrologie

ANR 63 : CHI-KUNG

-
M, Mme Prénom.....

Adresse :.....

Téléphone :..... Adresse Mail :

Souhaite participer aux sessions de CHI-Kung.

ANR 63 : SECURITE ROUTIERE

M, Mme Prénom

Adresse :

Téléphone : Adresse Mail :

Souhaite s'inscrire à la session de recyclage au Code de la Route

ANR 63 : SECOURISME - PREMIERS SECOURS

M, Mme Prénom

Adresse :

Téléphone : Adresse Mail :

(1) Souhaite s'inscrire à la prochaine session d'initiation au secourisme (Premiers secours).

(1) Souhaite s'inscrire à la 1/2 journée « Rappel des Gestes ».

(1) cochez la case concernée.

ANR63 - MODULES : « ATELIER NUTRITION SANTE SENIORS »

« PEPS EUREKA » « VITALITE »

M. Mme Prénom

Adresse :

Téléphone : Adresse Mail :

Souhaite s'inscrire à la nouvelle session :

MODULES « NUTRITION SANTE SENIORS » : OUI NON

« PEPS-EUREKA » : OUI NON

« VITALITE » : OUI NON

ANNIVERSAIRES DE NOCES

Nom : Prénom de Mme : Prénom de M. :

Adresse :
.....

Fêteront leurs : Noces d'Or (50 ans) Noces d'Orchidée (55 ans)
 Noces de Diamant (60 ans) Noces de Palissandre (65 ans)
 Ou autres : 70, 75, 80 ans Date de l'anniversaire :

(Rayer les mentions inutiles)

ANR 63 : Rédaction du « LIEN »

M, Mme Prénom

Adresse :

Téléphone : Adresse Mail :

Souhaite participer à la rédaction du « LIEN » (feuille de chou quadrimestrielle).